



Direitos Humanos do paciente idoso no contexto dos cuidados paliativos

Human Rights of Elderly Patients in Palliative Care

Autoras

Beatriz Perez

Universidade Federal de Juiz de Fora

Email: beatrizcperez99@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0006-8981-4319>

Kalline Eler

Universidade Federal de Juiz de Fora

Email: kalline.eler@ufjf.br

 <https://orcid.org/0000-0002-5016-579X>



Resumo

Os Pacientes idosos são comumente acometidos por doenças crônicas e incuráveis, sendo um dos principais grupos de pacientes que necessitam recorrer aos Cuidados Paliativos. Assim, diante do envelhecimento da população mundial, este artigo aborda a necessidade de observância dos Direitos Humanos no contexto dos Cuidados Paliativos. Dentre esses direitos, destaca-se, inicialmente, o direito à saúde, que garante acesso aos Cuidados Paliativos. Todavia, devem ser destacados também outros direitos, que visam garantir o bem-estar e qualidade de vida de pacientes idosos que já usufruem de Cuidados Paliativos, a saber: direito à privacidade; direito de não ser submetido à tortura, nem à pena ou tratamento cruel, desumano ou degradante; direito de não ser discriminado; e direito à informação. Trata-se de pesquisa teórica e normativa baseada no referencial dos “Direitos Humanos dos Pacientes”. Conclui-se pela imprescindibilidade de capacitação em Direitos Humanos para profissionais de saúde e de previsão legal dos direitos dos pacientes.

Abstract

This paper discusses the importance of respecting human rights in the context of palliative care, particularly for elderly patients who are more commonly affected by chronic and incurable diseases and often require such care. It highlights the need for the adequate promotion of palliative care in light of the world's aging population. These rights ensure the well-being and quality of life of elderly patients receiving palliative care. They include the right to health, which guarantees access to palliative care, as well as the right to privacy, freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, freedom from discrimination, and the right to information. This is theoretical and normative research based on the Human Rights of Patients framework. It concludes that training in human rights for healthcare professionals and the legal provision of patient rights are essential.

Key words

Paciente; idoso; cuidados paliativos; direitos humanos.
Patient; elderly; palliative care; human rights.

Fechas

Recibido: 21/03/2024. Aceptado: 02/10/2024



1. Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) são definidos como uma abordagem de prevenção e alívio do sofrimento que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares quando enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, sendo essencial sua identificação precoce, avaliação e o tratamento da dor e de outros problemas (OMS, 2002). No entanto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) apenas 14% dos indivíduos que precisam deste tipo de cuidado efetivamente o recebem, sendo que o Brasil, em 2019, contava apenas com 190 postos no território nacional (ANCP, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) apenas 14% dos indivíduos que precisam deste tipo de cuidado efetivamente o recebem, sendo que o Brasil, em 2019, contava apenas com 190 postos no território nacional

Soma-se a insuficiência na promoção dos CP ao envelhecimento da população mundial. Os dados da Organização das Nações Unidas indicam que em 2022 a população com mais de 65 anos era de 771M (setecentos e setenta e um milhões). Entretanto, com a queda das taxas de natalidade aliada ao crescimento da expectativa de vida, a projeção das Nações Unidas é de que esse número chegue a 1,6 (um bilhão e seiscentos milhões) em 2050 (ONU, 2022). Esse cenário tem preocupado diversos organismos internacionais, visto que os pacientes idosos são mais comumente acometidos por doenças crônicas e incuráveis,

sendo um dos principais grupos de pacientes que necessitam recorrer aos CP. Portanto, considerando a conjuntura que se aproxima, é incontestável a necessidade de ampliação da abordagem paliativista nos cuidados em saúde.

É fato que muitos pacientes idosos já usufruem dos CP, com acesso ao alívio da dor e gerenciamento dos sintomas. Nesse contexto, surgem outras obrigações a serem observadas por profissionais de saúde envolvidos nos cuidados paliativos do paciente idoso, para respeitar sua dignidade, e assegurando sua participação no seu plano de tratamento, de acordo com suas preferências, valores, vontades e desejos.

Diante da urgência desse quadro, de preocupação crescente em âmbito mundial com a população idosa que, em poucos anos, será superior à população não idosa, enuncia-se que o presente trabalho aborda a necessidade de observância dos Direitos Humanos no contexto dos CP, a fim de garantir o bem-estar e a qualidade de vida do paciente idoso. Dentre esses Direitos, destacam-se: direito à privacidade; direito de não ser submetido à tortura, nem à pena ou tratamento cruel, desumano ou degradante; direito de não ser discriminado; e, finalmente, o direito à informação, conforme entende Albuquerque (2022).

Para atender ao objetivo proposto, elegeu-se o referencial teórico-normativo dos “Direitos Humanos dos Pacientes” (DHP) formulado de modo inédito, no Brasil, por Albuquerque (2016) e a aplicação desse referencial ao paciente idoso por Paranhos (2019). Trata-se, então, de pesquisa teórica que se alicerça no entendimento de que esse tipo de pesquisa tem o propósito de construir e de reconstruir teorias, quadros de referência, condições explicativas da realidade, polêmicas e discussões pertinentes (Adom et al., 2020).



Quanto ao referencial teórico utilizado neste trabalho, ressaltase que os DHP integram o “Direito Internacional dos Direitos Humanos”, estando previstos em normas jurídicas internacionais, de natureza vinculante, aplicadas ao campo dos cuidados em saúde

Quanto ao referencial teórico utilizado neste trabalho, ressaltase que os DHP integram o “Direito Internacional dos Direitos Humanos”, estando previstos em normas jurídicas internacionais, de natureza vinculante, aplicadas ao campo dos cuidados em saúde, especialmente no que diz respeito à relação entre o paciente e o profissional de saúde. Dessa forma, considerando que o referencial adotado abarca os instrumentos normativos no âmbito internacional, tais como convenções, pactos e declarações em matéria de Direitos Humanos, e a jurisprudência internacional constituída pelas decisões dos órgãos de monitoramento dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) e dos Sistemas Europeu, Interamericano e Africano dos Direitos Humanos. Procedeu-se a um extenso levantamento documental, especialmente, nos sítios eletrônicos da OMS, da ONU e do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH). Destacam-se, desses documentos, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos (CIPDHI), a 19.^a Resolução firmada pela OMS na 67.^a

Assembleia Mundial da Saúde (2014), sobre o “Fortalecimento dos cuidados paliativos como um componente de cuidado integral ao longo da vida”, e o documento técnico da OMS (2021) “Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators”.

Este trabalho se encontra estruturado em duas grandes partes: o primeiro capítulo foi dedicado à apresentação dos Direitos Humanos dos Pacientes (DHP), abordando o contexto em que surgiram e se desenvolveram. Nessa toada, retratou-se também a condição de vulnerabilidade do indivíduo enquanto paciente, debruçando-se sobre a situação especial vivida pela pessoa idosa submetida a cuidados de saúde. O capítulo seguinte dedicou-se a analisar os direitos aplicáveis ao contexto dos CP, ou seja, os direitos de pacientes idosos que já contam com a provisão de tais e que são imprescindíveis para o sucesso do método terapêutico.

2. Direitos Humanos do Paciente

Em meados da década de setenta, com a eclosão dos movimentos sociais que reivindicavam, dentre outros direitos civis, a autonomia sobre o próprio corpo, surgiram as primeiras manifestações a favor de mudanças nos cuidados de saúde (Albuquerque, 2019). Isso se deu em razão do modelo tradicional de cuidado, fortemente paternalista, marcado por uma assimetria na relação entre médico e paciente que ficava completamente sujeito às decisões do profissional, propiciando, assim, inúmeras situações de abusos e de desrespeito a seus direitos básicos (Paranhos, 2018). A partir desses protestos, conduzidos por uma variedade de organizações de pacientes, principalmente, aquelas formadas por pacientes psiquiátricos, uma nova cultura de cuidados em saúde, progressivamente, começou a surgir.



O conceito de DHP, embora distinto, está enraizado no Referencial de Direitos Humanos e Saúde, elaborado por Mann et al. (1999), e adotado pela OMS, em 1987, no contexto da pandemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), momento em que pela primeira vez os Direitos Humanos (DH) foram explicitamente nomeados em uma estratégia de saúde pública (Peled-Raz, 2017). A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, de 1994, e a 4.^a Conferência Mundial sobre a Mulher, de 1995, foram fundamentais para aprofundar a conexão entre saúde e DH. Assim, nesse ambiente, tem-se a primeira conexão concreta entre saúde e DH no plano internacional, tendo sido esclarecido que a proteção da saúde das pessoas que viviam com HIV/AIDS também implicava o reconhecimento de seus DH, como o de não ser discriminado.

Dessa forma, os DHP integram o Direito Internacional dos Direitos Humanos, estando previstos em normas jurídicas internacionais, de natureza vinculante, aplicadas ao campo dos cuidados em saúde, especialmente no que diz respeito à relação entre o paciente e o profissional de saúde. Os DHP, em razão da própria estrutura dos DH, são textualmente genéricos de modo que seu conteúdo é especificado pela jurisprudência internacional. Além disso, dos DHP derivam os direitos dos pacientes que são estabelecidos nas legislações nacionais.

Os DHP, em razão da própria estrutura dos DH, são textualmente genéricos de modo que seu conteúdo é especificado pela jurisprudência internacional. Além disso, dos DHP derivam os direitos dos pacientes que são estabelecidos nas legislações nacionais

Nesse sentido, desde a década de 1990, vários países incorporaram em seu ordenamento jurídico Cartas específicas para a proteção de pacientes. O Brasil, entretanto, está bastante atrasado em relação ao consenso internacional de que é necessária uma legislação específica para assegurar os direitos do/a paciente. Até o presente momento, há apenas o Projeto de Lei n. 2.242/2022, de iniciativa do Deputado Federal Pepe Vargas e apresentado em 2016. que prevê direitos importantes como, por exemplo, o direito a cuidados em saúde de qualidade e seguro;

direito a recusar tratamentos e procedimentos; direito ao consentimento informado; direito a participar do processo de tomada de decisão; direito à segunda opinião e, direito à confidencialidade de dados pessoais.

Observa-se que os DHP são essenciais para promover um tratamento mais digno e humano para a pessoa submetida aos cuidados em saúde. Isso, pois, quando colocado na posição de paciente, a pessoa encontra-se em um estado de vulnerabilidade, sendo comumente vista como objeto de um tratamento e não como parte ativa do processo terapêutico. Nessa toada, o modelo de “Cuidado Centrado no Paciente” compõe a principiologia dos DHP (Albuquerque, 2016), inserindo o paciente como sujeito central dos cuidados e como agente ativo no processo terapêutico, o que gera efeitos positivos em âmbitos sociais, psicológicos, éticos e culturais.

Este modelo de cuidado, ao deixar o paciente em evidência, o coloca também, em uma posição ativa no seu próprio tratamento. Para o sucesso do modelo em questão, é, então, necessário que o profissional de saúde não veja o seu agir como direcionado a combater e curar doenças, mas em proporcionar qualidade de vida e bem-estar ao seu paciente por meio de um tratamento confortável, em consonância com sua vontade e preferências,



Todavia, o modelo de cuidado predominante no Brasil é fortemente marcado pela lógica paternalista e assimétrica, em que o provedor dos cuidados de saúde encontra-se em uma posição hierarquicamente superior

desejos, valores, crenças e necessidades específicas. Para isso, o paciente deve participar de seu tratamento, com amplo acesso às informações acerca de sua condição, apoio e envolvimento nas decisões e terapias a serem realizadas. Assim, a dignidade e autonomia do paciente poderão ser, respectivamente, respeitadas e promovidas. Em síntese, é imprescindível que os cuidadores de saúde sejam profissionais aptos e qualificados, dispostos a ouvir seus pacientes e considerar suas preferências. De igual modo, é de suma importância o envolvimento de todos os atores sociais envolvidos em um tratamento, quais sejam o paciente, os seus familiares e os profissionais de saúde.

Todavia, o modelo de cuidado predominante no Brasil é fortemente marcado pela lógica paternalista e assimétrica, em que o provedor dos cuidados de saúde encontra-se em uma posição hierarquicamente superior (Paranhos, 2018). Com isso, os pacientes ficam em uma posição de submissão em relação aos

profissionais de saúde, sendo afastado do protagonismo de cuidar de si próprio, quadro agravado em se tratando de pacientes idosos/as.

Por outro lado, é bem verdade que cada paciente carrega consigo uma vulnerabilidade específica em decorrência da própria enfermidade que gera enfraquecimento orgânico, refreamento das atividades rotineiras e desgaste emocional. Além disso, há pacientes que se encontram em uma situação de maior vulnerabilidade do que outros, seja por sua idade, doença ou nível de acesso à informação. Por isso, estes grupos demandam políticas públicas específicas, como leis, estatutos, e treinamentos qualificados para os profissionais de saúde.

Em síntese, os DHP constituem um referencial teórico-normativo que serve para indicar o que é juridicamente e eticamente esperado da relação entre profissional de saúde e paciente, conferindo ao paciente um papel ativo e participativo no que tange seu próprio cuidado em saúde, o que é especialmente necessário para os pacientes que se encontram em estado de vulnerabilidade acrescida, como os pacientes idosos. Assim, o presente trabalho aplica o referencial dos DHP aos pacientes idosos, na ambiência dos Cuidados Paliativos, como será melhor detalhado nos subtítulos seguintes.

3. Direitos Humanos do Paciente Idoso em Cuidados Paliativos

O paciente idoso, conforme mencionado, é marcado por sua vulnerabilidade, que provém de um conjunto de fatores como sua idade, limitações e estigma, que devem ser reconhecidos para que as normas voltadas a este grupo visem atender suas necessidades específicas e proteger sua dignidade. Assim, precisam de uma aplicação específica das normas de DHP, que contemple suas particularidades e proporcionem o máximo de respeito a estes indivíduos.

Ademais, é bem verdade que a população idosa está mais suscetível a vivenciar condições crônicas e limitantes que podem comprometer sua saúde. Por isso, consi-



deram-se os CP como o modelo de cuidados ideal para este cenário, que costuma ser comum para o paciente idoso, visto que é um dos seus principais demandantes (Costa et al., 2016).

Apesar da falta de previsão legal no Direito brasileiro sobre o direito aos Cuidados Paliativos, uma pequena parte de pacientes idosos já possuem acesso a esse tipo de cuidado e vivenciam a experiência de um tratamento para alívio e gerenciamento de sintomas. Não obstante, recentemente, em maio de 2024, o governo brasileiro aprovou a Política Nacional de Cuidados Paliativos, a ser implementada no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de implementar diversos postos de CP no território.

Apesar da falta de previsão legal no Direito brasileiro sobre o direito aos Cuidados Paliativos, uma pequena parte de pacientes idosos já possuem acesso a esse tipo de cuidado e vivenciam a experiência de um tratamento para alívio e gerenciamento de sintomas

Ademais, quando já em CP, pacientes idosos apresentam outras questões, principalmente, referentes ao próprio cuidado e à sua relação com seus familiares e cuidadores. Diante disso, para os pacientes idosos que já se encontram em Cuidados Paliativos, é de suma importância que sejam respeitados outros DH, essenciais para garantir a dignidade dessas pessoas, especialmente quando se trata de um momento de terminalidade da vida. Nesse contexto, a observância dos DH para os CP

garante que o paciente participe de seu tratamento, expondo suas preferências e vontades e participando das decisões sobre seu corpo (Albuquerque et al., 2018).

Em relação aos DH a serem aplicados no contexto de CP a pacientes idosos, alguns merecem relevância e serão explorados na sequência.

3.1. Direito à privacidade

O PIDCP da ONU (1996) prevê, em seu Artigo 17, que ninguém pode ser objeto de ingerências arbitrárias ou ilegais em sua vida privada, família, domicílio, correspondência ou a ofensas ilegais à honra e reputação, contando com o direito de serem legalmente protegidas dessas violações. A referida norma concretiza o direito à privacidade no ordenamento jurídico brasileiro. Para os DHP, no contexto de CP, o direito à privacidade pode-se desdobrar de diferentes formas. Isso, pois, esse direito garante o controle dos documentos médicos, que devem ser divulgados apenas mediante decisão e vontade do paciente, resguarda a possibilidade de tomar decisões sobre a própria vida e o curso de seu tratamento de acordo com suas vontades, desejos e crenças, sem que as intervenções de terceiros se sobreponham a sua vontade pessoal, além de preservar a privacidade do paciente em relação ao seu próprio corpo. Logo, é pertinente e esperado que o Estado empenhe esforços com o intuito de garantir este direito, haja vista sua previsão legal em documentos vinculantes.

Inicialmente, vale elucidar a questão referente à divulgação dos dados de saúde de pacientes, visto que o direito à privacidade está relacionado ao acesso às informações relacionadas ao paciente idoso, como as contidas em seu prontuário médico. Cabe



ressaltar que o Artigo 19, alínea n, da CIPDHI (2015), ao dispor sobre o direito à saúde de pessoas idosas, estabelece como medida a ser adotada pelo Estado a garantia ao acesso à informação dos registros pessoais, físicos ou digitais pela própria pessoa, o que reforça a já demonstrada obrigação estatal de observância ao direito à privacidade no contexto dos cuidados de saúde do paciente idoso.

Nessa esteira, verifica-se ainda que a disposição do Artigo 16 da CIPDHI (2015), que prevê o direito à privacidade e é expresso em apontar a observância do direito especificamente para pessoas idosas em cuidados de longo prazo:

[...] o idoso tem direito à privacidade e à intimidade e a não ser objeto de ingerências arbitrárias ou ilegais em sua vida privada, família, domicílio ou unidade doméstica, ou qualquer âmbito em que se desenvolvam, bem como em sua correspondência ou qualquer outro tipo de comunicação. O idoso tem direito a não ser objeto de agressões contra sua dignidade, honra e reputação, e à privacidade nos atos de higiene pessoal ou nas atividades que realize, independentemente do âmbito em que se desenvolvam. Os Estados Partes adotarão as medidas necessárias para garantir estes direitos, particularmente ao idoso que recebe serviços de cuidado de longo prazo.

Assim dizendo, é evidente que o direito à privacidade está ligado ao acesso às informações do paciente, seja por ele próprio, seja por terceiros. Em relação a terceiros, é direito do paciente manter suas informações de saúde confidenciais, cabendo ao indivíduo a decisão sobre a divulgação de tais informações. No que tange ao próprio paciente, por sua vez, é seu direito ter acesso a todas as suas informações de saúde e também de decidir sobre a divulgação dessas informações para outros.

Com efeito, o direito à privacidade é um DH bastante abrangente e também relaciona-se com o direito à autodeterminação, que consiste no direito de decidir sobre procedimentos e tratamentos

Com efeito, o direito à privacidade é um DH bastante abrangente e também relaciona-se com o direito à autodeterminação, que consiste no direito de decidir sobre procedimentos e tratamentos. Nesse sentido, a realização de intervenções não informadas ou não consentidas e, muitas vezes, contrárias às vontades do paciente, viola o seu direito à privacidade. No que diz respeito ao paciente idoso em CP, é comum observar esse quadro, haja vista que, muitas vezes, a família ou os profissionais de saúde acreditam que o paciente idoso não está mais apto para tomar as decisões, submetendo-os ao que entendem ser a melhor opção. Dessa forma, é evidente que o referido direito também

relaciona-se à autonomia pessoal, visto que garante às pessoas idosas as escolhas sobre sua própria vida. Assim, o respeito ao direito à privacidade assegura ainda a escolha da pessoa idosa a submeter-se aos CP, de forma que a opção pelo tratamento seja feita pelo paciente idoso, de acordo com seus desejos pessoais.

Ademais, conforme mencionado, o direito à privacidade também preserva a exposição do paciente idoso. Quanto a este ponto, resta garantido o direito de ser examinado e cuidado, quando necessária a ajuda de terceiros para as tarefas do dia a dia, em local



privado, evitando que seu corpo seja exposto de maneira desnecessária (Albuquerque et al., 2020). Por outro lado, o referido direito veda, ainda, a participação de agentes não desejados por pacientes idosos em seu tratamento, de acordo com sua vontade pessoal e protegendo sua intimidade nos cuidados de saúde. No contexto dos CP, essa disposição deve assegurar que o paciente idoso possa ser examinado em local privado, com a participação restrita àqueles que ele desejar, sejam médicos, enfermeiros e, até mesmo, familiares.

Contudo, insta salientar que as garantias derivadas do direito à privacidade não possuem caráter absoluto, sendo certo que devem ser flexibilizadas mediante o caso concreto, como, por exemplo, situações de urgência

Contudo, insta salientar que as garantias derivadas do direito à privacidade não possuem caráter absoluto, sendo certo que devem ser flexibilizadas mediante o caso concreto, como, por exemplo, situações de urgência. Portanto, é imprescindível que os agentes envolvidos estejam capacitados para que, caso seja necessário mitigar a aplicação deste direito, ainda o preservem em algum nível.

Assim, considerando que o Brasil é signatário da CIPDHI (2015) e que há, no ordenamento jurídico brasileiro, previsão expressa do direito à privacidade, impõe-se a obrigação jurídica, tanto do Estado, quanto dos agentes envolvidos nos CP do paciente idoso, de observarem o conteúdo dessa normas, garantindo que sejam respeitadas. Isso significa que as pessoas envolvidas na prestação de tais cuidados a pacientes idosos devem atentar-se para que as decisões tomadas estejam em consonância com sua vontade e preferências, para que não ocorra uma violação do direito à privacidade.

3.2. Direito de não ser submetido à tortura, nem à pena ou tratamento cruel, desumano ou degradante

O direito de não ser submetido à tortura, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes é um direito de natureza absoluta e está previsto em vários instrumentos internacionais, incluindo: a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes; o PIDCP; a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência; e, a Convenção sobre os Direitos da Criança. No mesmo sentido, o Artigo 10.º da CIPDHI (2015) dispõe que:

[...] o idoso tem direito a não ser submetido a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes. Os Estados Partes tomarão todas as medidas de caráter legislativo, administrativo ou de outra índole para prevenir, investigar, punir e erradicar todo tipo de tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes contra o idoso.

Inicialmente, vale ressaltar que a dor é um sintoma comum e frequente entre pacientes que desfrutam dos CP, sendo que seu alívio é um dos principais pilares desse tipo de cuidado e a falta de acesso aos medicamentos necessários causa sofrimento



desnecessário. Esse sofrimento, por sua vez, pode causar efeitos físicos, mentais, e consequências a longo prazo. Em relação ao sofrimento físico, ele se dá pois, a dor pode ser severa e durar longos intervalos de tempo de forma tortuosa ao paciente, ao passo que o sofrimento mental surge a partir da sensação de perda de controle, medo, ansiedade e isolamento que acompanham a dor, podendo incapacitar o paciente a praticar atividades normais e, até mesmo, de tomar decisões. No que toca às consequências a longo prazo, a dor pode influenciar o curso da doença, causando perda de funções e, inclusive, até mesmo acelerar a morte dos pacientes (Amon ye Lohman, 2011).

O cenário se agrava em relação às pessoas idosas, visto que, em razão das perdas cognitivas que tendem a sofrer, podem apresentar mais dificuldades de expressar seus sintomas

O cenário se agrava em relação às pessoas idosas, visto que, em razão das perdas cognitivas que tendem a sofrer, podem apresentar mais dificuldades de expressar seus sintomas. Em decorrência disso, são mais propensos a lidarem com um controle de dor pouco responsivo ou até mesmo inapropriado, que resulta em dor pouco tratada ou não aliviada.

De acordo com a Convenção contra Tortura e Outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes ou Punitivos, adotada em 1987, tortura significa qualquer ato que se cause dor ou sofrimento. Conforme o Artigo 1 do documento (ONU, 1984), tal ato, tipificado como tortura, deve ser traduzido no contexto dos cuidados de saúde para a dor desnecessária que alguns pacientes sofrem.

Adiante, a OMS divulgou, em 1992, o “Action Programme on Essential Drugs”, documento que estabelece diversas obrigações aos Estados para o desenvolvimento de políticas de medicamentos essenciais a nível nacional, para ampliar e fortalecer a distribuição destes, além de manter um estoque viável com drogas de qualidade, seguras e efetivas. Para tanto, a OMS (1977) também definiu uma “Model List of Essential Medicines”, atualizada a cada dois anos desde 1977, que prevê os medicamentos essenciais para satisfazer as principais necessidades de saúde da população, sendo que, no contexto dos CP, os medicamentos mais comuns são os opióides, como a morfina.

Por sua vez, o Relatório do Relator Especial do direito de não ser submetido à tortura, à pena ou tratamento cruel, desumano ou degradante, Juan E. Méndez, divulgado em 2013, indicou a necessidade de observar o referido direito na esfera dos cuidados de saúde, a fim de identificar as violações nesse âmbito (ONU, 2013). A partir disso, considerando a falha dos Estados em manter estoques adequados e de distribuir as medicações necessárias, o Relator asseverou que negar o controle da dor severa aos pacientes configura tortura e tratamento degradante (ONU, 2013). Ainda, salientou que um dos obstáculos para uma política decente de controle da dor é a falta de priorização dos CP. Assim, concluiu Méndez (ONU, 2013) que a falta de alívio da dor é reflexo da negligência dos Estados em desenvolverem as políticas públicas necessárias.

No documento (ONU, 2013), foi reafirmado, ainda, que a lista de medicamentos essenciais da OMS constitui uma obrigação jurídica aos Estados signatários da “Convenção Única Sobre Entorpecentes”, de 1961, que visou combater o abuso de drogas a nível internacional, contando com a cooperação dos membros, sendo um deles o Brasil. Dessa forma, deixou claro que a omissão estatal nessa esfera possibilita



o sofrimento de pacientes, além de também ser uma violação a uma obrigação afirmativa de proibir a tortura e o tratamento degradante.

Destarte, é evidente a obrigação dos países de fornecerem acesso aos medicamentos de controle da dor. No âmbito dos CP, o manejo da dor é um dos pontos essenciais para manter o paciente confortável e garantir sua dignidade. Para melhor ilustrar, pode-se

Destarte, é evidente a obrigação dos países de fornecerem acesso aos medicamentos de controle da dor. No âmbito dos CP, o manejo da dor é um dos pontos essenciais para manter o paciente confortável e garantir sua dignidade

salientar a Uganda, um país referência no que tange o direitos aos CP. O sucesso do país pode ser atribuído, em grande parte, ao fato de possibilitar o controle da dor em todo o território, a partir de uma política de disponibilização e facilitação ao acesso da morfina líquida, sendo essa uma das principais frentes de defesa dos CP no país.

Assim, considerando-se as dificuldades enfrentadas por pacientes idosos, especialmente os que vivenciam uma condição que limite sua capacidade de se comunicar, é determinante que os agentes envolvidos no provisionamento de seus CP estejam capacitados para aliviar qualquer tipo de sofrimento desnecessário que seja possível identificar. Cabe ressaltar que a definição de CP, estabelecida por qualquer documento de relevância pela OMS, pela CIPDHI e, inclusive, pelo Ministério da Saúde do governo brasileiro, envolve o alívio da dor. Portanto, é crucial que, para os pacientes idosos em CP, seja observada uma política de controle da dor e do sofrimento, a fim de evitar a violação a direito, assegurado pelos DH, de não ser submetido à tortura, nem à pena ou tratamento cruel, desumano ou degradante.

3.3. Direito de não ser discriminado

O direito de não ser discriminado pode se manifestar de diversas formas, contando com diversas previsões relativas a ele no PIDCP (1996). No contexto de CP, esse direito busca garantir que todos tenham acesso ao referido cuidado, bem como aos medicamentos necessários, sem sofrer qualquer tipo de discriminação e, ainda, de forma que contemple as especificidades de cada indivíduo, inclusive dos pacientes idosos.

Nesse sentido, a CIPDHI (2015), em seu Artigo 6, que garante o “Direito à vida e à dignidade na velhice”, estabelece que é dever dos Estados-membros implementarem as medidas necessárias para que a pessoa idosa usufrua do direito à vida e dignidade na velhice, a partir de ações não discriminatórias a cuidados integrais, incluindo os CP, a fim de evitar o isolamento e abordarem os problemas decorrentes da terminalidade da vida. Mais adiante, no Artigo 19 do CIPDHI (2015), do “direito à saúde”, preconiza que “O idoso tem direito à saúde física e mental, sem nenhum tipo de discriminação”, o que inclui o direito aos CP, para que disponham do mais elevado nível de saúde.

Além disso, cabe ressaltar que o Comentário Geral n. 14 de 2000, do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 2000), esclarece que o direito a não discriminação relaciona-se ao direito à acessibilidade, ao determinar que os serviços de saúde



devem ser acessíveis a todas as pessoas, principalmente, aos grupos vulneráveis e marginalizados, sem discriminação. Com efeito, enfatiza a necessidade de igualdade no acesso aos cuidados de saúde, sendo dever do Estado de fornecer meios suficientes e necessários para evitar qualquer discriminação, principalmente em relação as obrigações fundamentais de saúde. Para tanto, o documento impõe a obrigação imediata aos Estados-membros de garantir o direito à saúde sem discriminação de qualquer tipo e de agir para realizar o direito à saúde, previsto no Artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966).

No caso de pacientes idosos, tal direito impacta diretamente no oferecimento do serviço independente da idade, religião, raça, nível de dependência e, principalmente, independente da doença, limitação e se desfruta de serviços de saúde públicos ou privados

Diante disso, pode-se depreender que o direito de não ser discriminado relaciona-se com o acesso aos CP. Isso pois, esse direito garante que o cuidado seja oferecido a todas as pessoas, sem qualquer distinção. No caso de pacientes idosos, tal direito impacta diretamente no oferecimento do serviço independente da idade, religião, raça, nível de dependência e, principalmente, independente da doença, limitação e se desfruta de serviços de

saúde públicos ou privados. Portanto, é necessário que os CP sejam oferecidos de forma plena nos sistemas de saúde, públicos e privados, a qualquer pessoa idosa com necessidades compatíveis às oferecidas por este tipo de cuidado.

3.4. Direito à informação

É comum que pacientes tenham acesso a poucas informações sobre sua doença, tratamentos e prognóstico, principalmente em se tratando de pacientes idosos, em que se presume que não serão capazes de compreender a situação. Em face desse cenário, a CIPDHI (ano) estabeleceu, em seu Artigo 11, o “Direito a manifestar consentimento livre e informado no âmbito da saúde”. Nesse sentido, dispôs que os Estados deverão elaborar e implementar mecanismos adequados e úteis para combater o estigma, bem como a fortalecer a capacidade de compreensão do idoso em relação às propostas terapêuticas, riscos e benefícios. Assim, previu que “esses mecanismos deverão assegurar que a informação proporcionada seja adequada, clara e oportuna, disponível de forma não discriminatória e acessível e apresentada de maneira compreensível de acordo com a identidade cultural, nível educativo e necessidades de comunicação do idoso (CIPDH, 2015, Art.11)”.

Além disso, a Convenção (2015) determinou que as instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas, não poderão impor nenhum tipo de tratamento sem que o paciente idoso manifeste seu consentimento informado, salvo em casos de emergência médica. Para tanto, reforçou o direito do paciente idoso de ser informado, de maneira clara e oportuna, sobre as repercussões das suas decisões. Para pacientes idosos em cuidados de longo prazo, especificamente, o Artigo 12 do dispôs ainda que os Estados-membros devem adotar medidas para garantir o seu acesso à informação, seja de seus registros pessoais, seja de leis e protocolos que regulam os serviços recebidos por eles.



No contexto dos CP, é fundamental satisfazer as necessidades de informação dos pacientes, já que evidências demonstram que a falta de informação sobre a doença, como sua causa, seu tratamento e sua progressão, afeta de forma negativa a forma que cada paciente lida com sua condição (Selman et al., 2009). Com efeito, a falta de informação também pode levar a preocupações desnecessárias, provocando assim um estresse entre os/as agentes envolvidos/as nos cuidados de saúde (Osuna et al., 1998).

Nessa toada, as informações transmitidas no contexto dos CP devem ser oferecidas de forma que o paciente consiga compreender. Por um lado, no caso dos pacientes idosos, é evidente que a forma que será informado deverá considerar seu nível de

Por outro lado, também deve ser respeitado o desejo do paciente idoso de não receber informações ou de quais detalhes deseja ser informado, cabendo somente a ele a escolha de saber ou não sobre seu estado de saúde

educação, cultura, e de suas perdas cognitivas, a fim de que seja clara e precisa e não os afaste dos cuidados. Por outro lado, também deve ser respeitado o desejo do paciente idoso de não receber informações ou de quais detalhes deseja ser informado, cabendo somente a ele a escolha de saber ou não sobre seu estado de saúde.

Diante disso, cabe salientar a Recomendação 1418, de 25 de junho de 1999, da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (PACE), que previu a “Proteção dos direitos humanos e da dignidade do paciente em terminalidade de vida”. Esta mesma Recomendação assentou que, para proteger o direito de autodeterminação do paciente em terminalidade de vida, é necessário prestar a ele as informações de forma verdadeira e

completa, mas com compaixão sobre sua condição de saúde e também respeitando seu desejo de não ser informado.

Dessa forma, o direito à informação deve ser compreendido, a partir de uma abordagem “centrada no paciente” e adaptado às suas necessidades, desejos e prioridades, considerando sua situação e o sentido dos riscos de forma individualizada, pois somente assim o paciente poderá determinar o curso das ações referentes a seus cuidados.

Em relação aos CP, o referido direito à informação ganha especial relevância, haja vista a importância que a informação tem para os pacientes que experienciam esse cuidado. Isso, pois, o direito à informação está intimamente ligado ao direito à autodeterminação e ao consentimento informado, de modo que ter ciência de tudo que engloba a situação propicia ao paciente, a possibilidade de tomar decisões e fazer escolhas sobre seu quadro de saúde e, inclusive, em relação ao que acontecerá após sua morte.

No que tange ao paciente idoso em CP, por sua vez, os profissionais de saúde devem considerar as especificidades das pessoas idosas e suas vulnerabilidades. Contudo, é essencial que se atendam os desejos das pessoas idosas de serem informadas, superando a crença limitante de que não possuem mais capacidade para tomar decisões. Para tanto, conforme mencionado, os profissionais de saúde devem promover a capacidade de pacientes idosos para se envolver em seus tratamentos, garantindo-lhes o direito de participar das decisões e de se manterem informados através de um documento legal a ser observado por todos os agentes envolvidos no seu cuidado.



4. Conclusão

Os CP correspondem a uma abordagem que visa incrementar a saúde física, emocional, social e espiritual da pessoa idosa, sendo sua provisão um atendimento aos DH, um direito que decorre do direito à saúde. Assim, os CP, além de proporcionarem o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, afirmam a vida e consideram a morte um processo normal; não pretendem apressar nem adiar a morte.

O presente trabalho buscou esclarecer os direitos humanos do paciente idoso que já se encontra em CP. Conforme discorrido, os DHP se constituem das normas internacionais de DH que têm caráter vinculante e, portanto, devem ser aplicados nos cuidados

de saúde. Nesse sentido, vários direitos foram analisados, pautando a sua manifestação em relação a pacientes idosos. A partir dessa análise, restou evidente a importância de que os direitos elencados e discutidos sejam garantidos, a fim de garantir a centralidade do atendimento à pessoa idosa elegível aos CP e o respeito à sua dignidade.

O Brasil possui um longo caminho a percorrer, tanto em relação à provisão dos CP, quanto em relação à proteção do paciente idoso

Diante disso, para que os direitos humanos de paciente idoso sejam devidamente implementados no contexto dos CP, primeiramente, os profissionais de saúde, devem receber

educação em DH na perspectiva da pessoa idosa e sua correlação com a ambiência clínica. Ainda, tais profissionais precisam receber treinamento especializado com o fim de desenvolver as habilidades comunicacionais necessárias para dialogar com pacientes idoso em CP e suas famílias, de modo a criar um ambiente empático, aberto e transparente que fortaleça a relação de confiança e de parceria.

O Brasil possui um longo caminho a percorrer, tanto em relação à provisão dos CP, quanto em relação à proteção do paciente idoso. Afinal, apesar de signatário de relevantes documentos internacionais, que demonstram um comprometimento no cenário externo com a questão, os avanços internos ainda são lentos e pouco resolutivos.

Logo, sendo cristalina a obrigação imposta pelas normas internacionais de promover os CP, é mister que o país busque concretizar as atribuições que se comprometeu internacionalmente a realizar. Para isso, mostra-se imprescindível a provisão legal dos direitos dos pacientes.



Referencias

- Adom, D., Khamil Hussein, E., & Adu Agyem, J. (2018, January). Theoretical and conceptual framework: mandatory ingredients of a quality research. *IJSR - International Journal of Scientific Research*, 7(1). <https://doi.org/10.36106/ijsr>
- Albuquerque, A. (2019, September 4). Direito do Paciente: novo ramo jurídico – cvMed. CvMed. <http://cvmed.com.br/2019/09/04/direito-do-paciente-novo-ramo-juridico/>
- Albuquerque, A., Cândido Mamed, A., Bastos, F., Carvalho, K., dos Santos Boeira, L., Lima, M., & Alves, P. (2022). *Cuidados paliativos e Direitos Humanos*. Observatório de Direitos dos Pacientes. <https://observatoriopaciente.com.br/wp-content/uploads/2022/05/Cuidados-Paliativos-e-Direitos-Humanos.pdf>
- Albuquerque, A., Eler, K., Cristina, I., & Correia, C. (2020). *Direitos humanos dos pacientes e covid-19*. Observatório de Direitos Do Paciente. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.12549.29923>
- Amon, J., & Lohman, D. (2011). Denial of Pain Treatment and the Prohibition of Torture, Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *INTERIGHTS Bulletin*, 16(4), 172-184. https://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/2011.12%20InterRights%20Bulletin%20Article_only.pdf
- Conselho Económico e Social da ONU. CESCR. (2000, August 11). General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>
- Costa, R. S. da, Santos, A. G. B., Yarid, S. D., Sena, E. L. da S., & Boery, R. N. S. de O. (2016). Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. *Saúde Em Debate*, 40(108), 170-177. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080014>
- Governo Federal lança política inédita no SUS para cuidados paliativos. (2024, May 24). Secretaria de Comunicação Social. <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/05/governo-federal-lanca-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos>
- Health and Human Rights Resource Guide. (2014, February 20). *What is patient care?* Health and Human Rights Resource Guide.
- Junqueira dos Santos, A. F., Luiz Ferreira, E. A., & Bueno do Prado Guirro, U. (2019). *Atlas dos Cuidados Paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf
- Mann, J., Annas, G., Grodin, M., & Gruskin, S. (1999). *Health and Human Rights: A Reader*. Routledge.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2021, March 23). *OHCHR working paper: Update to the 2012 Analytical Outcome Study on the normative standards in international human rights law in relation to older persons* (March 2021). OHCHR. <https://www.ohchr.org/en/documents/outcome-documents/ohchr-working-paper-update-2012-analytical-outcome-study-normative>
- Open Society Foundations. (2016). *Palliative Care and Human Rights for Older Persons*. https://www.opensocietyfoundations.org/publications/palliative-care-and-human-rights-older-persons#publications_download
- Open Society Foundations. (2017). Using the UN Human Rights System to Advocate for Access to Palliative Care and Pain Relief. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/using-un-human-rights-system-advocate-access-palliative-care-and-pain-relief>



- Organização das Nações Unidas e Organização Mundial da Saúde. (2008). *The Right to Health* [Fact Sheet n. 31]. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>
- Organização das Nações Unidas. (2005). *Final Act of The United Nations Conference for the Adoption of a Single Convention on Narcotic Drugs*. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
- Organização das Nações Unidas. (2013). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
- Organização das Nações Unidas. (2015). Convenção Interamericana sobre Proteção de Direitos Humanos das Pessoas Idosas.
- Organização das Nações Unidas. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). <https://digitallibrary.un.org/record/425041#record-files-collapse-header>
- Organização das Nações Unidas. ONU. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Adotado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1966. Entrada em vigor na ordem internacional: 3 de Janeiro de 1976, em conformidade com o artigo 27.º. http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2002). National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. <https://iris.who.int/handle/10665/42494>
- Organização Mundial da Saúde. (1977). WHO Model Lists of Essential Medicines. <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>
- Organização Mundial da Saúde. (1992). WHO action programme on essential drugs to ensure that adequate human and financial resources are provided for the WHO Action Programme on Essential Drugs, and to seek extrabudgetary resources in addition to those in the regular budget; Having reviewed the report on the Action Programme. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175827/WHA45_R27_eng.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2011). Palliative care for older people: better practices. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326378/9789289002240-eng.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2014). Sixty-seventh World Health Assembly. Geneva. Resolutions and decisions annexes. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf#page=25
- Organização Mundial da Saúde. (2014). Sixty-Seventh World Health Assembly. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf#page=25
- Organização Mundial da Saúde. (2020). Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>
- Organização Mundial da Saúde. (2021, September 29). Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>



- Organização Mundial da Saúde. (2023, July). Model Lists of Essential Medicines. <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>
- Organização Mundial da Saúde. (2023, May 19). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>
- Organization of American States. (n. d.). Inter-American Convention on Protecting the Human Rights of Older Persons. https://www.oas.org/en/sare/documents/CIPM_POR.pdf
- Osuna, E., Perez-Carceles, M. D., Esteban, M. A., & Luna, A. (1998). The right to information for the terminally ill patient. *Journal of Medical Ethics*, 24(2), 106-109. <https://doi.org/10.1136/jme.24.2.106>
- Pan American Health Organization. PAHO. (2021). Palliative Care in the Americas - PAHO/WHO. Medical interventions can help to prevent, cure, and treat disease, but there are limits: the end of life. <https://www.paho.org/en/stories/palliative-care-americas>
- Parker, S. M., Clayton, J. M., Hancock, K., Walder, S., Butow, P. N., Carrick, S., Currow, D., Ghersi, D., Glare, P., Haggerty, R., & Tattersall, M. H. N. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 81-93. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.035>
- Parliamentary Assembly of the Council of Europe. (1999, June 25). Recommendation 1418: protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. Adopted by the Assembly on 25 June 1999. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en>
- Peled-Raz, M. (2017). Human rights in patient care and public health—a common ground. *Public Health Reviews*, 38(29). <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0075-2>
- Selman, L., Higginson, I. J., Agupio, G., Dinat, N., Downing, J., Gwyther, L., Mashao, T., Mmoledi, K., Moll, A. P., Sebuyira, L. M., Panajatovic, B., & Harding, R. (2009). Meeting information needs of patients with incurable progressive disease and their families in South Africa and Uganda: multicentre qualitative study. *BMJ*, 338, b1326. <https://doi.org/10.1136/bmj.b1326>
- UNESCO. (2013). *The Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity*. UNESDOC. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000219494>
- United Nations. (1966, December 16). *International Covenant on Civil and Political Rights*. OHCHR United Nations. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
- United Nations. (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf